Aus der Hautklinik der Universität Greifswald
(Direktor: Prof. Dr. W. Schönfeld)

Erfahrungen über Ermittlungen und Meldungen von Ansteckungsquellen vor der Einführung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald

Vorgelegt von
Ernst Steinke
aus Greifswald

1927

Aus der Hautklinik der Universität Greifswald
(Direktor: Prof. Dr. W. Schönfeld)

Erfahrungen über Ermittlungen und Meldungen von Ansteckungsquellen vor der Einführung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald

Vorgelegt von

Ernst Steinke

aus Greifswald

1927

grössten Teil darauf, dass die betreffenden Personen bereits — meist in unserer — Behandlung waren. In einigen Fällen musste aus besonderen Gründen von der Meldung abgesehen werden.

Diese Tabellen bedürfen im einzelnen vor allem in Hinblick auf die Zukunft einer Erklärung und kritischen Betrachtung. Decken doch die dabei gemachten Erfahrungen eine Reihe von erheblichen Missständen auf. Soweit eine Abhilfe durch das Reichsgesetz bzw. seine Ausführungsbestimmungen noch nicht gegeben ist, muss, wenn sichtbare Erfolge zutage treten sollen, auf ihre Beseitigung ausserhalb der gesetzlichen Bestimmungen dauernd hingewirkt werden.

Tafel 1.

	Gesamtzahl d. in Betracht kommenden Fälle	Angaben nicht erhalten oder unbrauchbar	Eine Angabe erhalten	Zahl der weiteren Angaben	Im ganzen also erhalten	Gemeldet wurden	Bemerkungen
1924 ab 1. Mai							
Syphilis	88	41*)	47	10	57	28	*) eine Angabe verweigert (Arbeiter)
davon Syphilis und Tripper	(17)					(10)	
Tripper.....	108	42	66	6	72	64	
Summe:	196	83	113	16	129	92	
1925							
Syphilis	97	50	47	8	55	41	
davon Syphilis und Tripper	(29)					(5)	
Tripper.....	143	57	86	6	92	91	
Summe:	240	107	133	14	147	132	
1926							
Syphilis	86	41*)	45	11	56	35	*) eine Angabe verweigert (Student)
davon Syphilis und Tripper	(19)					(9)	
Tripper.....	157	59	98	11	109	68	
Summe:	243	100	143	22	165	103	
1927 bis 1. Oktober							
Syphilis	40*)	20	20	2	22	16	*) ein ulcus mixtum
davon Syphilis und Tripper	(4)					(4)	
Tripper.....	79	36*)	43	—	43	33	*) eine Angabe verweigert (Hausmädchen)
Summe:	119	56	63	2	65	49	
1. Mai 1924 bis 1. Oktober 1927							
Syphilis	311	152	159	31	190	119	
davon Syphilis und Tripper	(69)					(28)	
Tripper.....	487	194	293	23	316	256	
Summe:	798	346[1])	452	54	506	375	

[1]) Das sind also 43,3 % der Gesamtfälle.

Es ist bei unserem Material aus den Akten natürlich nicht mehr zahlenmässig anzugeben, wie weit aus irgendwelchen persönlichen Gründen absichtlich falsche Angaben gemacht wurden. Die unter Spalte 5 Tafel 2 unter der Angabe „nicht zu ermitteln" angeführten sind keineswegs alle hierher zu rechnen. Sehr oft handelt es sich um „unbekannt verzogene" oder durch ungenaue Personalangaben nicht mehr zu ermittelnde Personen. Da nur

Anzeigen mit voller Namensnennung der angebenden Person ergingen, war die Möglichkeit zur Denunziation von vornherein eingeschränkt. Auf Vorsichtsmassregeln für diesen Fall weisen auch der § 4 des Reichsgesetzes und seine Ausführungsbestimmungen ausdrücklich hin. Dass ferner die unter „gesund" Angeführten keineswegs nun etwa alle wissentlich falsch angegeben wurden, geht aus dem weiter unten Ausgeführten hervor; eine Reihe von ihnen gibt sogar Bekanntschaft und Verkehr zu.

Häufiger kam es vor, dass Personen, die als Ansteckungsquellen bezeichnet wurden, in Wahrheit als angesteckt anzusehen

Tafel 2.

	Zahl der Meldungen	Es liegt keine Rückäusserung vor	Von den übrigen Gemeldeten waren			Kein endgültiges Ergebnis mitgeteilt	Bemerkungen
			gesund	krank	nicht zu ermitteln		
1924 ab 1. Mai							
Syphilis.....	28	5	6	11*)	4	2	*) davon einer nur Tripper
davon Syphilis und Tripper .	(10)	(3)	(1)	(5)	(1)	—	
Tripper	64	20	14	17	9	4	
Summe:	92	25	20	28	13	6	
1925							
Syphilis.....	41	14	11	9	4	3	
davon Syphilis und Tripper .	(5)	(1)	(1)	(1)	—	(2)	
Tripper	91	23	17	33	12	6	
Summe:	132	37	28	42	16	9	
1926							
Syphilis.....	35	15	5	9	3	3	
davon Syphilis und Tripper .	(9)	(4)	(1)	(1)	(3)	—	
Tripper	68	27	17	19	3	1	1 verstorben
Summe:	103		22	28	6	4	
1927 bis 1. Oktober							
Syphilis.....	16	14	1*)	1*)	—	—	*) nur Tripper
davon Syphilis und Tripper .	(4)	(4)	—	—	—	—	
Tripper	33	16	9	6	2	—	
Summe:	49	30[1])	10	7	2	—	
1. Mai 1924 bis 1. Oktober 1927							
Syphilis.....	119	47	23	30	11	8	
davon Syphilis und Tripper .	(28)	(12)	(3)	(7)	(4)	(2)	
Tripper	256	86	57	75	26	11	
Summe	375	133	80	105	37	19	

[1]) Es werden aber wohl noch Antworten zu erwarten sein, die Akten laufen oft erst nach Monaten ein.

sind. Diese Fälle lassen sich ebenfalls nicht zahlenmässig errechnen. Den Angaben auch beider Partner ist ja nicht immer Glauben zu schenken. Selbst eine genaue ärztliche Untersuchung kann nur in ganz bestimmten Fällen eine Entscheidung bringen, wer der Angesteckte und wer der Ansteckende war, nämlich bei Syphilis dann, wenn es sich um verschiedene Stadien der Erkrankung bei

den Partnern handelt; z. B. um erstes Stadium bei dem einen, um das zweite mit Erscheinungen bei dem anderen. Bei Tripper wird dagegen darüber, wer den älteren Tripper hat, in den meisten Fällen, besonders bei Frauen, eine Entscheidung vollkommen unmöglich sein. Diese Frage ist ja auch bei der Ermittlung von Ansteckungsquellen ganz nebensächlich, da es auf die tatsächlich erfassten Erkrankten ankommt.

Bedeutend wichtiger ist es, wie weit es überhaupt gelingt, solche Angaben zu erhalten. Es wird immer damit zu rechnen sein, dass eine bestimmte Zahl Kranker keine Angaben machen kann oder will. Im übrigen wird dieser Prozentsatz nach den örtlichen Besonderheiten (wechselnde Bevölkerung, Grossstädte, industriereiche Gegend usw.) schwanken. Es fiel uns auf, dass wir von Frauen weit mehr Angaben erhalten konnten als von Männern. Von den Männern machten nur 47 Prozent Angaben, von den Frauen dagegen 72 Prozent. Es ergibt sich hier eine gewisse Uebereinstimmung mit den eingangs für Schweden angegebenen Zahlenverhältnissen. Eine Erklärung dürfte vielleicht die sein, dass die Frauen — bei unserem Material — wohl nicht so oft ihre Partner wechselten oder überhaupt entgegenkommender bei diesen Angaben waren.

Es ist klar, dass weiter je nach der Tätigkeit der Aerzte und Behörden die Zahl der Ermittlungen ebenso wie ihr weiteres Schicksal stark beeinflusst werden muss. Hier ist alles der freiwilligen Mitarbeit überlassen, die das Gesetz nicht erzwingen kann.

Leider musste aus unseren Erfahrungen heraus festgestellt werden, dass diese Stellen keineswegs immer das Verständnis und eine Betätigung zeigten, die der Bedeutung dieser Massnahmen entsprochen hätte. Hier machte sich auch der bisherige Mangel gesetzlicher Vorschriften bezüglich der weiteren Durchführung besonders bemerkbar.

In über einem Drittel der Fälle (Tafel 2) konnte der Verlauf der Meldung nicht weiter verfolgt werden, da die Meldebogen nicht zurückgesandt wurden. Während einige Amtsstellen sich durchaus rege beteiligten, begegneten wir bei anderen einem gewissen Widerstand. De iure waren die Herren Kollegen sicher dazu berechtigt gewesen. Sie hatten sich in rein formeller Weise an die Gesetzesvorschriften gehalten. In einem dieser Fälle meldeten wir dann an die Gesundheitspolizei, deren ärztlicher Berater derselbe Kollege war, der uns in seiner Eigenschaft als Kreisarzt aus Gründen des Berufsgeheimnisses die Auskunft über den gleichen Fall vorenthalten hatte, und bekamen eine Antwort. Die Notwendigkeit einer eingehenden Regelung, wie sie das Reichsgesetz brachte, beleuchtet ebenso eine Antwort, die der Stadtarzt einer Grossstadt (Vorort von Berlin) 1925! auf eine Meldung erteilte: „Es bestehen keine gesetzlichen Bestimmungen und mangels uns zustehender Polizeigewalt auch keine Möglichkeiten, uns mit dieser Angelegenheit zu befassen. Die angesteckte P. dürfte wohl am besten Strafanzeige wegen vorsätzlicher Körperverletzung erstatten."

Misserfolge wie diese dürften in Zukunft wohl nicht mehr vorkommen.

Von den übrigen 242 Meldungen wurde in 19 Fällen kein endgültiges Ergebnis mitgeteilt; 185 kamen zur Untersuchung, 80 von ihnen wurden auswärts als „gesund" bezeichnet (Tafel 2, Spalte 3). Diese hohe Zahl erklärt sich nur dadurch, dass die Untersuchungen zum grossen Teil aus den verschiedensten Grün-

den oberflächlich waren und oft nur einmal stattfanden. So wurde besonders mikroskopisch-bakteriologisch unzureichend untersucht. Dafür ein Beispiel: „Bei der P. fanden sich in Urethra- und Cervix-Schleim extracellulär liegend Gonokokken." Dr..... Beigefügt waren ungefärbte Abstriche, die keine Gonokokken enthielten. Sie bestanden aus Vaginalschleim. Ebenso sind Provokationen und Blutentnahme häufig unterlassen worden, Inkubationszeiten nicht beachtet, auch z. B. die Möglichkeit der Ansteckungsfähigkeit bei latenter Syphilis nicht erwogen, u. dgl. m. Bei Fehlen klinischer Erscheinungen heisst es oft: „Bei dem P. fanden sich äusserlich keine Erscheinungen einer Geschlechtskrankheit." Damit war der Fall erledigt, der Betreffende als gesund erklärt, wenn sich die Stelle, die die Untersuchung veranlasst hatte, dabei beruhigte und nicht auf eine erneute genaue ärztliche Untersuchung und Anstellung der WaR drang.

Einer mangelhaften Untersuchung wird im Reichsgesetz dadurch entgegengearbeitet, dass in begründeten Ausnahmefällen besonders benannte Aerzte zur Vornahme der Untersuchung herangezogen werden können. Dies wird vor allem dann eintreten, wenn Aerzte in den Verdacht geraten sind, aus irgendwelchen Gründen bei der Zeugnisausstellung allzu entgegenkommend zu sein, oder die Zeugnisse in sachlicher Hinsicht nicht ausreichen. Die Abgabe solcher Bescheinigungen wird weiter dadurch erschwert, dass bestimmte Einheitsformblätter für die Untersuchung vorgesehen sind. Bezüglich der unzureichenden Ausbildung der Aerzte in der Erkennung der Geschlechtskrankheiten erwächst dem Staat die Verpflichtung, dauernd Gelegenheit zur Fortbildung zu geben. Die Reichsregierung hat sich seinerzeit bei der Vorlage des Gesetzes vor dem Reichstag auch bereit erklärt, Mittel dazu zur Verfügung zu stellen. Die Kenntnis der üblichen Untersuchungsmethoden und das differentialdiagnostisch nötige Wissen müssen um so mehr gefordert werden, als die Folgen hier oft weiter reichen können als bei sonstigen Fehldiagnosen. Wenigstens muss, wie das auch Jadassohn betont hat, jeder Arzt die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit kennen und der Ansteckung bezichtigte Personen in zweifelhaften Fällen in ein Krankenhaus oder in eine Klinik überweisen, wo sie mit anderen Mitteln eingehender und schneller untersucht werden können. Das gilt vor allem für den chronischen Tripper der Frauen.

Genauere Untersuchungen sind oft mit Rücksicht auf die entstehenden Kosten unterblieben. An solchen Schwierigkeiten geldlicher Art darf in Zukunft die Durchführung dieser Bestimmungen nicht scheitern. Es ist durch den § 2 des Gesetzes wenigstens für Minderbemittelte und in gewissen Fällen für Angehörige von Kassen und Versicherungen die Möglichkeit zu unentgeltlicher ärztlicher Inanspruchnahme gegeben. Die Regelung der Kosten, die durch eine auf Grund des § 4 angeordnete Untersuchung entstehen, erfolgt nach Landesrecht (§ 18 des Reichsgesetzes). Nach den preussischen Ausführungsbestimmungen vom 24. August 1927 (§ 7) erfolgt so die Untersuchung durch Beratungsstellen für jedermann kostenlos. Ist eine solche Stelle nicht vorhanden, tragen die jeweiligen Stadt- und Landkreise die Kosten; es werden allerdings nur die Sätze der amtlichen Gebührenordnung erstattet. Die entstehenden Ausgaben werden dadurch zu decken sein, dass sich aller Voraussicht nach Arbeitsgemeinschaften bilden werden, an denen die Gemeinden bzw. Stadt- und Landkreise, Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten beteiligt sind.

Auch Kleinigkeiten sind hierbei zu beachten; der ganze schriftliche Verkehr muss für die Aerzte portofrei erfolgen können, genau so wie dies für die Meldung von Personen gestattet ist, die aus der Behandlung fortbleiben.

Es bleibt noch nachzutragen, dass in einigen Fällen nur bescheinigt wurde, dass die gemeldete Person in Behandlung sei und in bezug auf den § 300 StGB. weitere Auskunft verweigert wurde. Es ist hier wieder auf die oben gegebene Auslegung des § 300 zu verweisen, ebenso auf den § 10 des Reichsgesetzes.

Einige Personen waren bereits in Behandlung, so dass nur eine Kontrolle ausgeübt werden konnte. Die auf unsere Meldung einer Untersuchung Zugeführten überwogen aber durchaus. Hierbei brauchte nur selten direkter Zwang angewandt zu werden. Fast immer genügte ein entsprechender schriftlicher Hinweis, auch bei denen, die nicht sicher als die Ansteckungsquellen bezeichnet waren. In solchen Fällen konnten und können auch heute Zwangsmassnahmen nicht angewandt werden. Sie bleiben der Fürsorge und persönlichen Aufklärung überlassen, die hier ein weites Feld findet. Ueber das Vorgehen gegen einen Ansteckungsverdächtigen im Einzelfalle geben jetzt die preussischen Ausführungsbestimmungen genaue Vorschriften. Sie berücksichtigen vor allem dabei die Geheimhaltung des Namens und die Möglichkeit der Denunziation.

Als Zwangsmassnahmen sind Geldstrafen und unmittelbarer Zwang durch die Polizei vorgesehen. Letzterer dürfte hauptsächlich dann in Betracht kommen, wenn es sich um die Ermittlung von Ansteckungsquellen in grösserem Massstabe handelt, wie es für grosse Städte in Frage kommt. Solche Massenermittlungen, denen ein beträchtlicher Wert zuzuschreiben ist, sind auch schon auf Grund der Notverordnung von 1918 in einigen Grossstädten bei Personen beiderlei Geschlechts durchgeführt worden. Diese Aufgaben gehören noch ins Bereich der Polizei, besonders der Gesundheitspolizei, die allerdings mit den Gesundheitsbehörden Hand in Hand zu arbeiten hat.

Die hier veröffentlichten Zahlen können wohl eine gewisse Bedeutung beanspruchen. Es trifft dies weniger ihrer absoluten Grösse als vielmehr dem Umstande nach zu, dass bisher keine ähnlichen wenigstens allgemein zugänglichen Untersuchungen und Erfahrungen aus der Praxis in Deutschland vorliegen. Nur bei Ruge finden sich Angaben über Ermittlungen von Ansteckungsquellen, die in der Marine in den Jahren 1920 bis 1925 erhoben wurden. Die Voraussetzungen und Bedingungen sind hier jedoch andere als unter unseren bzw. den allgemein zutreffenden Verhältnissen. Vor allem liegen bei der Marine und auch bei der Reichswehr die Verhältnisse günstiger als in der allgemeinen Praxis, da man auf die Leute nachdrücklicher einwirken kann. Ein Zwang zur Namensnennung bei diesen Ermittlungen wird aus den Erfahrungen heraus, die damit im Weltkrieg gemacht wurden, nicht mehr ausgeübt. Die von Ruge angegebenen Zahlen lassen erkennen, dass in Grossstädten keineswegs sehr viel schlechtere Ergebnisse erzielt zu werden brauchen als in kleineren Städten und auf dem Lande. Es sei auf nebenstehende Tabelle hingewiesen (Tabelle 37).

Keine Schlüsse können wir aus unseren Fällen für die Privatpraxis ziehen. Wie sich hier die Entwicklung bezüglich der Angaben von Ansteckungsquellen gestalten wird, bleibt abzuwarten. Jedenfalls dürfte die Beobachtung eines Berliner Facharztes aus dem Westen, dass die Herren gleich die Ansteckungsquellen in

die Sprechstunde mitbringen, eine Ausnahme sein. Gerade manche Fälle der Privatpraxis verschweigen hartnäckig die Ansteckungsquelle und auch ihren eigenen Namen, sei es, wie wir das bei Studenten gelegentlich sahen, aus missverstandenen Ehrbegriffen heraus oder anderen weniger altruistischen Gründen.

Zusammenfassend lässt sich nach unseren Erfahrungen an einem poliklinischen Material sagen, dass von den oben mitgeteilten, mehr theoretischen Befürchtungen nur eine in allerdings grösserem Massstab zutraf: das ist, dass ungefähr zwei Fünftel der Kranken überhaupt keine Angaben machten. Absichtlich falsche Angaben und Denunzierungen kamen kaum vor.

a) Freie Liebe. b) Bordell bzw. Prostitution.

Standort für die Jahre 1920 bis 1925		Gesamtzahl der Neuerkrankungen	Gemeldet wurden Mädchen	%	Davon wurden ermittelt	%	Von den Ermittelten waren krank	%
Kiel	a	1901	299	16	211	73	153	72
	b	558	195	35	141	72	74	52
Flensburg	a	343	79	23	67	85	47	70
	b	—	—	—	—	—	—	—
Stralsund[1]	a	167	22	13	17	77	14	73
	b	12	1	8	1	100	—	—
Swinemünde	a	598	99	17	62	62	38	61
	b	—	—	—	—	—	—	—
Pillau	a	98	73	15	66	90	62	94
	b	—	—	—	—	—	—	—
Summe:	a	3107	572	18	423	74	314	74
	b	570	196	35	142	72	74	52
Lehe[2]	a	30	3	17	2	40	1	50
	b	14	5	36	1	100	1	100
Wilhelmshaven	a	1163	349	30	192	55	122	63
	b	199	87	44	53	61	26	49
Emden	a	124	54	42	28	54	7	25
	b	1	—	—	—	—	—	—
Cuxhaven	a	128	43	34	31	72	18	58
	b	—	—	—	—	—	—	—
Summe:	a	1445	449	31	253	57	148	58
	b	214	92	43	54	59	27	50

[1]) Ab Herbst 1920 Standort.
[2]) Nur für 1920 bis 1921 für Wesermünde und Bremerhaven.

Erhebliche Schwierigkeiten erlebten wir dagegen bei der weiteren Durchführung der Meldungen durch teilweises Versagen der in Frage kommenden behördlichen Stellen sowie durch ungenügend ausgeführte ärztliche Untersuchungen.

Im grossen und ganzen steht die Menge der aufgewandten Arbeit in keinem Verhältnis zu dem erzielten Erfolg. In fast dreieinhalb Jahren konnten von 375 Gemeldeten nur 105 unschädlich gemacht werden. Ein Trost ist nur, dass ein Teil dieser Ansteckungsquellen doch verstopft wurde, bevor er noch weiteren Schaden angerichtet hatte. Bei Seuchen, wie Pocken, Cholera usw., werden die Ergebnisse immer besser sein, aber die Geschlechtskrankheiten sind ja keine Seuchen im engeren Sinne, sondern Volkskrankheiten; infolgedessen sind ihre Ansteckungsquellen nicht so leicht zu verstopfen. Im Vergleich zu den oben mitgeteilten Zahlen für Schweden und Norwegen ergeben sich aber doch für uns bedeutend bessere Erfolge.

Lebenslauf.

Der Verfasser wurde geboren am 21. Oktober 1902 in Gützkow als Sohn des Tierarztes Max Steinke und seiner Ehefrau Agnes geb. Messerschmidt. Er besuchte zunächst die Volksschule seiner Vaterstadt, dann das Gymnasium in Greifswald, das er Ostern 1921 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er studierte das erste Semester in München, die übrigen in Greifswald, wo er 1923 das ärztliche Vorexamen und im Juni 1926 die ärztliche Staatsprüfung bestand.